

## Relato de caso: dessensibilização à rifampicina em paciente com hipersensibilidade imediata

Alice d'Avila Costa Ribeiro<sup>1</sup>, Mara Morelo Rocha Felix<sup>1</sup>,  
Laira Vidal da Cunha Moreira<sup>1</sup>, Camila Pacheco Bastos<sup>1</sup>,  
Gabriela Andrade Coelho Dias<sup>1</sup>, Nathália Mota Gomes de Almeida<sup>1</sup>

**Introdução:** A tuberculose (TB) é uma causa importante de morbimortalidade no nosso país. O tratamento é geralmente iniciado com rifampicina (R), isoniazida (I), pirazinamida (P) e etambutol (E), porém pode ser dificultado por reações de hipersensibilidade. **Relato de caso:** B.S.S., 39 anos, masculino, veio em 04/04/23 com história de tosse crônica, além de dois episódios de hemoptise (há 7 e 2 meses). Iniciou investigação, com IGRA positivo, broncoscopia normal e TC de tórax com imagem sugestiva de TB. Iniciou tratamento empírico para TB com primeiro comprimido de RI em março/23. Cerca de 30 minutos após a ingestão, apresentou prurido ocular e em orofaringe, além de edema palpebral. Foi tratado com corticoide e anti-histamínico na emergência. A pneumologista responsável decidiu reiniciar novo esquema, mantendo-se somente a rifampicina. Considerando-se a baixa acurácia dos testes cutâneos com esses medicamentos, e o risco do teste de provocação oral direto (reação imediata, moderada e recente), optou-se pela dessensibilização (DS). Realizada DS oral com rifampicina em 09/05/23 em 6 etapas (intervalos de 30 min). A rifampicina (2 cápsulas de 300 mg = 600 mg) foi diluída em SF 0,9% (60 mL), com concentração final (10 mg/mL). As etapas foram: 1 mL (10 mg), 2 mL (20 mg), 5 mL (50 mg), 10 mL (100 mg), 20 mL (200 mg) e 22 mL (220 mg). Cerca de 5 min após a 2ª etapa, apresentou eritema discreto em MSE e dorso, com resolução espontânea, e 15 min após a 4ª etapa, apresentou hipermia conjuntival com prurido ocular e em orofaringe, sendo administrados bilastina oral e hidrocortisona venosa, com reversão do quadro. Concluiu a DS, entretanto permaneceu com episódios de prurido e hiperemia ocular no domicílio, controlados com fexofenadina 180 mg 2x/dia por 2 semanas. **Discussão:** A interrupção do tratamento da TB pode levar ao risco de resistência à droga e reativação da TB. A DS foi a opção mais segura para reiniciar o tratamento com rifampicina neste paciente. Houve reações leves, mas conseguiu finalizar a DS.

1. Alergolife - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.



## Dessensibilização a enzimas para mucopolissacaridose: relato de três casos

Aline Didoni Fajardo<sup>1</sup>, Mara Lucia Schimitz Ferreira<sup>2</sup>,  
Juliana Gonçalves Primon<sup>1</sup>, Thalita Picciani<sup>1</sup>, Débora Carla Chong e Silva<sup>1</sup>,  
Herberto José Chong Neto<sup>1</sup>, Nelson Augusto Rosário Filho<sup>1</sup>

**Objetivo:** Descrever a dessensibilização em crianças com mucopolissacaridose e reações de hipersensibilidade às enzimas. **Métodos:** Foram realizadas dessensibilizações de dois pacientes femininos (paciente 1 e 2) com idade de 7 e 14 anos, e outro masculino de 9 anos (paciente 3) e reações de hipersensibilidade às enzimas Laronidase, Galsulfase e Idursulfase, respectivamente. As enzimas foram administradas em protocolo de 12 e 16 passos com a dose plena para o peso das crianças. Os paciente foram pré-tratados com Bilastina 10 mg, Prednisolona 1 mg/kg e Montelucaste 8 mg via oral uma hora antes da intervenção. **Resultados:** Dois pacientes usaram o padrão de 12 *steps*, 3 bolsas, em 6 horas de protocolo. Um paciente com história de anafilaxia optou-se por protocolo de 17 *steps*, 4 bolsas, em 7 horas. O paciente 1 e 2 não apresentam reações durante a dessensibilização. O paciente 3 apresentou reações cutâneas leves, que levou à interrupção temporária da infusão. O tratamento com corticoide e anti-histaminico foi benéfico e o procedimento pôde ser concluído com administração da dose plena. Atualmente recebe a medicação seguindo protocolo de 17 *steps* sem inconstâncias. Os pacientes 1 e 2 recebem a dose plena seguindo o protologo de administração do próprio medicamento. **Conclusões:** Todos os três pacientes finalizaram o protocolo com êxito e as intercorrências clínicas foram prontamente tratadas e não impediram seu desfecho clínico favorável.

1. Complexo Hospital de Clínicas - UFPR - Curitiba, PR, Brasil.

2. Hospital Pequeno Príncipe - Curitiba, PR, Brasil.



## Reações de hipersensibilidades aos anestésicos locais: experiência de um ambulatório especializado

Déborah Batista de Sant'anna<sup>1</sup>, Ullissis Pádua de Menezes<sup>1</sup>, Maria Eduarda Trocoli Zanetti<sup>1</sup>, Orlando Trevisan Neto<sup>1</sup>, Mariana Paes Leme Ferriani<sup>1</sup>, Persio Roxo Junior<sup>1</sup>, Luisa Karla de Paula Arruda<sup>1</sup>, Gabriela Chiquete<sup>1</sup>, Gabriella Lopes Rezende<sup>1</sup>, José Eduardo Seneda Lemos<sup>1</sup>

**Objetivo:** Descrever o perfil clínico dos pacientes com história de reações adversas aos anestésicos locais (AL) e avaliar as reações de hipersensibilidade através dos testes de provocação. **Método:** Estudo retrospectivo pela análise de prontuários de 65 pacientes atendidos no período de março de 2011 a dezembro de 2022. Todos pacientes assinaram termo de consentimento e foram avaliados de acordo com o protocolo do ENDA (*European Network for Drug Allergy*). **Resultados:** Sessenta e cinco pacientes foram submetidos a testes cutâneos ou de provocação. Oitenta e cinco por cento dos pacientes foram do sexo feminino, 45% com antecedentes pessoais de atopia. A faixa etária variou de 8 a 76 anos, com predomínio em adultos acima de 18 anos. As reações mais frequentemente relatadas foram as imediatas em 88% dos casos, sendo as cutâneas (60%), anafilaxia (34%), respiratória (5%) e neurológico (1%). Os anestésicos mais implicados nas reações foram: lidocaína – 19 casos; mepivacaína – 11 casos; prilocaína – 10 casos; articaína – 3 casos; bupivacaína – 2 casos; e ropivacaína – 2 casos. Dezenove pacientes não souberam quais anestésicos foram utilizados durante as reações. Apenas três pacientes (4,6%) confirmaram reações de hipersensibilidade através dos testes (dois intradérmicos e um pelo teste de provocação apresentando urticária). **Conclusão:** Apesar das reações de hipersensibilidade aos AL serem raras, a investigação sistematizada através de testes cutâneos ou de provocação são de fundamental importância para desrotular os pacientes e permitir a realização de procedimentos cirúrgicos e de analgesias com fármacos alternativos seguros.

1. HC-RP - Ribeirão Preto, SP, Brasil.

## Desafios em dessensibilização com rituximabe: relato de 3 casos

Fabiane Leticia Lopes<sup>1</sup>, Anne Marielle Camargo<sup>1</sup>, José Eduardo Seneda Lemos<sup>1</sup>,  
Isabela Maria Anselmo Ribeiro Simões<sup>1</sup>, Ullissis Pádua de Menezes<sup>1</sup>,  
Maria Eduarda Trocoli Zanetti<sup>1</sup>, Orlando Trevisan Neto<sup>1</sup>,  
Pérsio Roxo Junior<sup>1</sup>, Mariana Paes Leme Ferriani<sup>1</sup>, Luisa Karla de Paula Arruda<sup>1</sup>

**Introdução:** Hipersensibilidade ao rituximabe (anti-CD20) compromete o tratamento de doenças oncológicas, inflamatórias e autoimunes. A dessensibilização pode ser uma estratégia efetiva na readministração deste biológico em pacientes sensibilizados. **Relato de casos: Caso 1:** Paciente feminina, 35 anos com mielite transversa longitudinal, apresentou dispneia, disfonia e cianose durante a 2ª infusão do rituximabe. *Prick-test* (10 mg/mL) foi negativo e teste intradérmico (0,1 mg/mL) positivo, com aumento do diâmetro da pápula em 6 mm. **Caso 2:** Paciente masculino, 59 anos, diagnóstico de polineuropatia desmielinizante, apresentou urticária, angioedema, dessaturação e hipotensão na 4ª infusão do rituximabe. Não foram realizados testes cutâneos. **Caso 3:** Paciente feminina, 65 anos com polineuropatia sensorio motora, apresentou dispneia, disfonia, sensação de aperto na garganta e hiperemia cutânea na primeira infusão de rituximabe. Não foram realizados testes cutâneos. Os três pacientes foram submetidos à dessensibilização com dose de 1 g, protocolo de 3 bolsas em 12 etapas e pré-medicação. A primeira paciente apresentou urticária durante a infusão da 3ª bolsa, tratada com melhora. Após estabilização, reiniciado infusão, evoluiu com urticária e broncoespasmo, sendo suspenso o procedimento. O segundo caso apresentou urticária durante a infusão da 3ª bolsa, porém com boa resposta ao tratamento. Após reinício da infusão desenvolveu urticária, broncoespasmo e hipotensão, realizado corticosteroide, salbutamol, anti-histamínico e adrenalina intramuscular com resposta parcial e persistência da urticária, sendo interrompido o procedimento. A terceira paciente realizou o procedimento de dessensibilização com sucesso. **Discussão:** A dessensibilização constitui um método relativamente seguro, porém eficaz no tratamento de pacientes sensibilizados. Reações graves podem ocorrer sendo necessário realização do procedimento em ambiente hospitalar e sob supervisão médica capacitada em tratar essas reações.

1. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto, SP, Brasil.

## Eritema multiforme oral por anestésico local: um relato de caso

Liane Leão Santana<sup>1</sup>, Luiz Alexandre Ribeiro Rocha<sup>1</sup>,  
Gladys Reis Silva Queiroz<sup>1</sup>, Décio Medeiros<sup>1</sup>, Natália Saraiva Carvalho<sup>1</sup>,  
Maria Carolina Pires Lins Silva Lima<sup>1</sup>, Liliane Coelho Vieira<sup>1</sup>,  
Bruno Gonçalves Medeiros<sup>1</sup>, Valéria Lima Ferreira<sup>1</sup>, Layra Layane Andrade Belo<sup>1</sup>

**Introdução:** O eritema multiforme (EM) é uma doença inflamatória aguda que acomete a pele, com ou sem envolvimento de mucosas e com ou sem manifestações sistêmicas. Há casos com envolvimento apenas da cavidade oral e lábios, sendo classificados como o eritema multiforme oral (EMO). Neste artigo, será relatado um caso de uma criança com eritema multiforme oral causado por anestésico local (lidocaína). **Relato do caso:** Paciente sexo feminino, realizou adenoidectomia e 48 horas após evoluiu com edema, eritema, fissuras e crostas em lábios, sem outros sintomas. Foi medicada com corticoide oral e tópico, com resolução do quadro em aproximadamente 40 dias. Depois foi submetida à sutura após trauma com corte em região de mento e em menos de 24h iniciou o mesmo quadro de lesões em lábios, regredindo após 2 meses. Em ambos os procedimentos foi utilizado o anestésico local lidocaína, ficando como hipótese diagnóstica eritema multiforme oral secundário à lidocaína. Iniciou-se a investigação com testes cutâneos. Realizou-se *prick test* e teste intradérmico com a droga suspeita (lidocaína) e alternativas (mepivacaína e ropivacaína), com resultados negativos para as leituras imediatas e tardias. Porém, cerca de 24h após o teste paciente relatou um leve eritema em lábio, sem outras alterações, melhorando após uso de corticoide oral. Optou-se então por progredir a investigação com o teste de provocação, que foi realizado 4 meses após os testes cutâneos, com lidocaína, via subcutânea profunda. Cerca de 24h após a aplicação a paciente iniciou quadro de eritema e edema em lábios, sendo então medicada com corticoide oral por 5 dias e corticoide tópico, com regressão do quadro. **Discussão:** Importante realizar diagnósticos diferenciais de lesões em cavidade oral como esse aqui descrito, onde um agente causal pouco prevalente foi identificado. Uma investigação adequada a partir dos testes disponíveis em casos suspeitos de reações a medicamentos é imprescindível para adequado manejo do quadro.

1. Universidade Federal de Pernambuco - Recife, PE, Brasil.

## ***Patch test* é uma boa ferramenta na avaliação da pustulose exantemática generalizada aguda induzida por betalactâmico**

Mariana Kim Hsieh<sup>1</sup>, Manoela Crespo Magalhães Hoff<sup>2</sup>,  
Nathália Coelho Portilho<sup>2</sup>, Ana Carolina D'Onofrio-Silva<sup>2</sup>,  
Pedro Giavina-Bianchi<sup>2</sup>, Marcelo Vivolo Aun<sup>1</sup>

**Introdução:** A pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA) é uma reação de hipersensibilidade grave a medicamento, frequentemente associada ao uso de antibióticos betalactâmicos. A investigação envolve a realização de testes cutâneos de leitura tardia, como o *patch test*, que podem incluir o agente suspeito e outros da mesma classe, para avaliação de possíveis reações cruzadas. Relatamos o caso de um paciente que desenvolveu quadro de PEGA induzida por amoxicilina, confirmada por *patch test*, em que foi possível liberar uso de betalactâmicos alternativos após a investigação completa. **Relato do caso:** Homem de 37 anos, que desenvolveu um quadro de pústulas disseminadas sobre uma erupção exantemática extensa, com acometimento da face, couro cabeludo, tronco e membros, além de sintomas sistêmicos (febre e mal estar), iniciados no sexto dia de uso de amoxicilina. Realizada investigação com *patch test*, que confirmou resultado positivo para amoxicilina na leitura de 96h, com o aparecimento de eritema e pústulas (comprovando, inclusive, a fisiopatologia da doença inicial). O resultado do teste para cefuroxima foi negativo. Na sequência, o paciente foi submetido ao teste de provocação oral estendido com cefuroxima, que também resultou negativo, demonstrando tolerância a esse fármaco, o que permitiu a liberação de vários betalactâmicos alternativos. **Discussão:** O *patch test* mostrou ser uma ferramenta valiosa na investigação das reações graves de hipersensibilidade a medicamentos, como a pustulose exantemática generalizada aguda, quando a provocação com o agente suspeito estaria contraindicada. Além de confirmar o agente causador, permitiu aventar que não haveria reação cruzada com betalactâmicos de cadeia lateral R1 distinta, o que possibilitou a subsequente realização da provocação com um desses medicamentos e a consequente liberação de muitos antibióticos da classe, com segurança, para uso futuro.

1. Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein - São Paulo, SP, Brasil.

2. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP, Brasil.

## Reação de hipersensibilidade ao infliximabe em paciente com doença inflamatória intestinal com aplicação de protocolo de dessensibilização rápida e posterior retorno às infusões regulares: relato de caso

Maria Carolina Pires Lins e Silva Lima<sup>1</sup>, Luiz Alexandre Ribeiro da Rocha<sup>1</sup>, Dayanne Mota Veloso Bruscky<sup>1</sup>, Liane Leão de Santana<sup>1</sup>, Gladys Reis e Silva de Queiroz<sup>1</sup>, Natália Saraiva Carvalho Dias Bittencourt<sup>1</sup>, Bruno Gonçalves de Medeiros<sup>1</sup>, Valéria Lima Ferreira<sup>1</sup>, Layra Layane de Andrade Belo Rebouças<sup>1</sup>, Liliane Coelho Vieira<sup>1</sup>

**Introdução:** O infliximabe é um imunobiológico indicado no tratamento da doença inflamatória intestinal (DII). Eventos adversos por ele atingem um terço dos pacientes, e destes 10% têm reações de hipersensibilidade imediatas. Relatamos o caso de um paciente com DII e reação ao infliximabe que realizou dessensibilização, mas que posteriormente passou a tolerar infusões normalmente padronizadas. **Relato do caso:** Paciente masculino, 14 anos, iniciou tratamento com Infliximabe aos 7 anos, sem intercorrências. Contudo, aos 9 anos passou a apresentar urticária e angioedema logo após as infusões sem resposta ao uso de pré-medicação. Trocada terapia por adalimumabe junto com metotrexate mas sem resposta terapêutica. Assim, foi iniciada investigação de hipersensibilidade ao infliximabe através de testes cutâneos que foram negativos, porém paciente estava em uso crônico de imunossupressor. No seguimento retornou-se ao infliximabe em doses mais baixas e com infusão lenta, persistindo com sintomas cutâneos importantes. Indicado então protocolo de dessensibilização em 12 etapas com pré-medicação nas 3 primeiras que ocorreram sem intercorrências. Apresentou leve urticária na quarta e quinta dessensibilizações. Nas subseqüentes retornamos à pré-medicação e encurtamos gradualmente as etapas para atingir a velocidade e tempo de administração padrão do infliximabe. Após a décima sessão o paciente atingiu tolerância ao imunobiológico, com encerramento das dessensibilizações e segue utilizando-o mensalmente, com controle da patologia de base e sem reações. **Discussão:** O paciente se beneficiou da dessensibilização, pois após algumas sessões conseguiu retornar ao tratamento habitual com a melhor opção terapêutica, apresentando-se sem reações adversas imediatas há mais de dois anos.

1. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife, PE, Brasil.



## Curso clínico de uma paciente com doença respiratória exacerbada por anti-inflamatórios não esteroidais e dessensibilização com ácido acetilsalicílico – Relato de caso

Natália Saraiva Carvalho<sup>1</sup>, Gladys Reis Silva Queiroz<sup>1</sup>,  
Luiz Alexandre Ribeiro Rocha<sup>1</sup>, Liane Leão Santana<sup>1</sup>, Tiago Freire Pinto Bezerra<sup>1</sup>,  
Décio Medeiros<sup>1</sup>, Maria Carolina Pires Lins Silva Lima<sup>1</sup>, Liliane Coelho Vieira<sup>1</sup>,  
Bruno Gonçalves Medeiros<sup>1</sup>, Emanuel Sarinho<sup>1</sup>

**Introdução:** A dessensibilização (DS) com ácido acetilsalicílico (AAS) é uma opção terapêutica para a doença respiratória exacerbada por anti-inflamatórios não esteroidais (DREA). O objetivo é descrever o seguimento em longo prazo de um caso de DREA após DS com AAS, suas intercorrências e manejo ao longo dos anos. **Relato de caso:** Mulher, 46 anos, diagnosticada com DREA, realizou primeira intervenção cirúrgica nasossinusal em 2015. Fazia uso de terapia com corticoide nasal, anti-leucotrienos, corticoide inalatório com beta-agonista de longa duração e corticoide sistêmico, sem controle do quadro. Optou-se por realizar protocolo em 2018 de 2 dias de dessensibilização (DS) com AAS, após intervenção cirúrgica rinossinusal prévia. Recebeu alta com AAS 1300 mg/dia. Cerca de 5 meses depois do início do AAS apresentou melhora do olfato e função respiratória. Foi reduzida a dose do AAS para 600 mg/dia por apresentar equimoses na pele. No seguimento de 2 anos, a paciente estava com quadro clínico estabilizado, sem novas cirurgias. Apresentou melhora da qualidade de vida, controle da asma, sintomas intermitentes de rinossinusite, sem necessidade de corticoide sistêmico e antibioticoterapia, com retardo na progressão dos pólipos sem novas cirurgias em início de 2023. Teve COVID-19 em maio de 2023 e tratou apenas com sintomáticos. Com 5 anos de DS, utilizando (600 mg/dia) paciente apresenta progressão dos sintomas com retorno dos pólipos nasais. Houve acréscimo da dose de AAS para 800 mg/dia. Com o retorno atual dos sintomas e dos pólipos, estamos reavaliando a paciente para nova cirurgia rinossinusal e adequar dose de AAS e ou introduzir imunobiológico. **Discussão:** A DS com AAS foi uma boa opção terapêutica, com controle dos sintomas e melhora da qualidade de vida. A paciente apresentou poucas intercorrências ao longo desses 5 anos de seguimento, a maioria foi controlada com ajustes de doses dos medicamentos.

1. Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Recife, PE, Brasil.





## Teste de provocação oral direto em crianças e adolescentes com história de reações cutâneas leves às penicilinas

Nathalia Mota Gomes de Almeida<sup>1</sup>, Fábio Chigres Kuschnir<sup>1</sup>,  
Mara Morelo Rocha Felix<sup>2</sup>, Maria Ines Perello Lopes Ferreira<sup>1</sup>

**Introdução:** Os betalactâmicos (BL) são a primeira escolha de tratamento para a maioria das doenças infecciosas e a alergia a estes medicamentos é considerada um problema de saúde pública. Estudos recentes têm demonstrado a segurança do teste de provocação oral (TPO) sem testes cutâneos prévios em pacientes devidamente estratificados. O objetivo deste estudo foi investigar a segurança do TPO direto para amoxicilina (AMX) em crianças e adolescentes com história de reações cutâneas leves. **Métodos:** Estudo transversal realizado em crianças de 1 a 17 anos com história de reação leve durante uso de penicilinas, sendo excluídos pacientes com história de reação grave. A história foi coletada partir do questionário *European Network of Drug Allergy*, permitindo adequada estratificação de risco. Após assinatura de TCLE pelo responsável, foram submetidos ao TPO com AMX na dose de 50 mg/kg/dia, sendo inicialmente oferecido 10% da dose total e após 20 minutos, os 90% restantes. Após supervisão médica de duas horas, se assintomáticos, foram liberados com prescrição de AMX por 5 dias. O resultado do TPO foi definido como positivo, negativo ou indeterminado e os testes positivos foram classificados como reações imediatas e tardias de acordo com a *European Academy of Allergy and Immunology*. **Resultados:** De junho de 2021 a agosto de 2023 foram realizados 27 TPOs sendo 20 negativos, 2 duvidosos e 5 positivos. Dentre os positivos 1 apresentou reação imediata com urticária que cedeu após medicação oral e 4 evoluíram com reação tardia cutânea leve sem demais sintomas associados. **Conclusão:** Apenas 18% dos participantes submetidos ao TPO direto tiveram diagnóstico confirmado e 74% da amostra foi “desrotulada” como alérgica a BL. Nossos resultados corroboram os de outros estudos internacionais demonstrando a segurança do TPO direto quando feita uma estratificação de risco prévia. Nenhum paciente apresentou reação grave.

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Alergia a betalactâmicos em população pediátrica: como os pais reagem à perda do rótulo?

Raquel Cezarini Chavarria<sup>1</sup>, Valeria Botan Gonçalves<sup>1</sup>,  
Monica de Araujo Alvares da Silva<sup>1</sup>, Ana Laura Stahlhoefer<sup>1</sup>, Laila Pereira Botelho<sup>1</sup>,  
Gustavo Simão Souza<sup>1</sup>, Heloisa Gouveia Machado<sup>1</sup>, Lara Rodrigues de Oliveira<sup>1</sup>,  
Cinthia Campelo Conrado de Abreu<sup>1</sup>, Claudia França Cavalcante Valente<sup>1</sup>

**Introdução:** Dados da literatura internacional mostram que 10% da população relata alergia a antibióticos betalactâmicos (BL). Mais de 90% têm o diagnóstico descartado após avaliação especializada. A alergia à penicilina é superdiagnosticada, frequentemente os pacientes são rotulados desde a infância. Mesmo após acesso à avaliação especializada do alergista, muitos pacientes comprovadamente não alérgicos continuam a não usar BL. Neste estudo buscamos caracterizar a reação dos familiares após perda do rótulo. **Metodologia:** Trata-se de estudo longitudinal retrospectivo realizado com dados obtidos de prontuário eletrônico e aplicação de questionário, avaliando o uso do antibiótico após liberação, em famílias de pacientes atendidos no ambulatório de reações adversas a medicamentos de hospital terciário pediátrico. **Resultados:** No período de 2014 a 2022 foram avaliadas 104 reações a BL, desses, 94 liberados após avaliação especializada; 73 famílias foram contatadas com sucesso. O BL mais envolvido foi a amoxicilina, responsável por 79,4% (58) das reações, seguido pela penicilina 10,9% (8), cefalexina 9,5% (7) e ampicilina 1,3% (1), 45% (33) dos pacientes reutilizaram o antibiótico. Destes 72,7% (24) se sentiram confortáveis com o uso e 27% (9) sentiram-se pouco confortáveis. 55% (41) não foi reexposto a medicação, sendo que 22% (9) não fizeram uso por medo e 78% (32) não tiveram indicação. **Conclusões:** O médico alergista tem papel fundamental nas reações de hipersensibilidade à antibióticos BL, considerados primeira linha de tratamento de várias infecções na clínica pediátrica. Como relatado na literatura, em nossa população estudada, 90% das reações foram descartadas após adequada avaliação, sendo que os familiares ainda tiveram receio do uso da medicação em 27%, o que dificulta a retirada do rótulo de “alérgico a penicilina”, levando ao uso de antibióticos mais dispendiosos e que propiciem a resistência bacteriana.

1. Hospital da Criança de Brasília - Brasília, DF, Brasil.



## Uma evolução atípica de reação de hipersensibilidade a anti-inflamatórios não esteroidais: relato de caso

William Henrique Moreira dos Santos<sup>1</sup>, Marina Monteiro da Costa<sup>1</sup>,  
Nicolie Marques de Lira<sup>1</sup>, Bruna Xavier Brito<sup>1</sup>,  
Luiza Wanderley Persiano Lopes<sup>1</sup>, Francisco Barbosa Lima Neto<sup>1</sup>

**Introdução:** Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são uma classe de medicamentos utilizados amplamente na prática clínica para reduzir a inflamação, aliviar a dor e diminuir a febre. São considerados os principais agentes causadores de reação de hipersensibilidade (RH) no Brasil. Há dois mecanismos distintos envolvidos na RH: mecanismos não imunológicos e imunológicos (imunomediados por células T e IgE). Usualmente as RH podem ser precoces ou tardias, e são caracterizadas por lesões urticariformes, angioedema e/ou anafilaxia; já a ocorrência de sinais dermatológicos de eritrodermia esfoliativa e infecção bacteriana estão associados a casos de evolução atípica. Objetivamos descrever o desenvolvimento de RH a AINEs com evolução atípica e complicada em um paciente com doença renal crônica (DRC) dialítica em contexto de internamento hospitalar. **Relato do caso:** Paciente masculino, 53 anos, hipertenso, diabético e portador de DRC dialítica procura atendimento hospitalar de emergência em abril/23 com edema labial moderado com presença de crostas melicéricas, esfoliação e úlceras aftosas em cavidade oral de início súbito após ingestão de AINE. Fez uso de antialérgicos e corticoide sistêmico com melhora parcial. Indicado internação em decorrência das anormalidades ao exame clínico. Evoluiu de forma desfavorável no 10º dia de internamento com quadro de infecção de corrente sanguínea, confirmado por hemoculturas positivas em quatro amostras para *Staphylococcus aureus*. Iniciado esquema antimicrobiano com piperacilina-tazobactam associado a vancomicina. Após o tratamento apresentou melhora das lesões com remissão completa do quadro. **Discussão:** A história e o exame clínico, associados a histopatológico e teste de provocação oral são úteis para confirmação de RH a AINE. Paciente com história e exame físico compatíveis, porém com evolução desfavorável, com necessidade de hospitalização e uso de antibioticoterapia de amplo espectro como adjuvante no tratamento.

1. Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió, AL, Brasil.